

MENISCO DISCÓIDE

LÉO MARIO MABILDE *

Relato de um caso do tipo primitivo com "snapping knee" de localização lateral e em ambos os joelhos.

1. Introdução.

A localização bilateral do menisco discóide lateral não constitui observação excepcional. No entanto, acompanhado do sinal do joelho estalante (snapping knee), sinal audível, visível e palpável já constitui observação bastante menos freqüente, conforme afirma Smillie ao relatar sua enorme experiência e casuística. Justificada está, a apresentação do presente caso.

2. Histórico.

M.A.I. do sexo feminino, de cor branca e com 16 anos de idade vem a consulta motivada por sofrimento em ambos os joelhos. Relata que desde pequena, seus joelhos "estalam e saem fora do lugar", sem sofrer dores. No colégio mesmo, este fato era motivo de curiosidade para suas colegas quando voluntariamente ocasionava dramático ruído ao estender completamente o joelho em ambos os lados. Ultimamente, e este é o motivo da consulta, ao realizar a extensão completa, o estalo se reproduz mas acompanhado de dor o que tem determinado o caminhar com certo grau de flexão, a fim de impedir a reprodução do resalto em ambos os joelhos.

3. Exame físico.

Os joelhos em posição de repouso, de coloração normal, discreto edema e pequeno grau de flexão. Ponto doloroso

sobre a interlinha antero lateral. Pequena hidrartrose reacional em ambos os lados. O movimento de flexão ativa é indolor. A amplitude ativa da extensão é completa e indolor até aos 10-20 graus da extensão completa quando sobrepõem o resalto que é audível, visível e palpável. Com o joelho em certo grau de flexão ativa, tudo volta ao normal. Na posição sentada e com as pernas pendentes a rotação passiva medial e lateral despertam dores. A estabilidade lateral e medial estão diminuídas. O tônus muscular do quadríceps está diminuído em ambos os lados. Há deficit na força ativa no exercício contra a resistência. A mensuração da circunferência da coxa e perna estão diminuídas para uma jovem do seu tipo constitucional, não apresentando no entanto diferença entre si. A estação de pé e a marcha realizam-se sem a completa extensão dos joelhos. Cansa mais facilmente e as distâncias são menores.

4. Exames complementares:

4.1 Radiografia simples

As radiografias simples foram tomadas em incidência de face com o joelho em semi-flexão e em extensão completa após o resalto. Na incidência de face, as mesmas posições foram repetidas. Nas radiografias de face, verifica-se em ambos os joelhos, um nítido aumento da interlinha articular lateral com desnível do côndilo femoral lateral e certo grau de ascensão da epífise proximal do pe-

rônio. Na mesma incidência e após o ressalto, verifica-se que o aumento da interlinha lateral não é tão grande, mas mesmo assim conserva-se acima do normal em ambos os joelhos.

Na incidência de perfil, não se verificam modificações apreciáveis em ambos os lados antes e depois do ressalto articular.

4.2 Radiografia contrastada (artrografia):

As artrografias tomadas com meio de contraste habitual, o foram nas posições de face e perfil com os joelhos em semi flexão e extensão completa após a ocorrência do ressalto. Por problemas de ordem técnica, infelizmente as artrografias não mostraram aquelas imagens clássicas tão bem descritas por Ficat em seu livro. Por motivos óbvios, a paciente recusou-se a submeter-se a nova artrografia, perdendo-se assim a oportunidade de melhor documentação.

4.3 Exame do líquido sinovial:

Côr: amarelo pálido. Aspecto: transparente. Volume: 4ml. Coágulo: ausente. Eritrócitos: ausente. Leucócitos: 3.500. Cristais de urato: negativo. Mucina: três cruzeiros. Viscosidade: anormal. Bacteriologia: negativo.

4.4 Exame de sangue e urina:

Hemograma e leucograma: normais. Eritrosedimentação: normal. Tempo de sangria e coagulação: normais. Comum de urina: normal.

5. Ato cirúrgico:

Paciente sob anestesia geral. Membro garroteado. Abordagem antero-lateral em ambos os lados, transligamentar com ampla visualização da região operatória. Identificação de volumoso menisco discóide do tipo primitivo rompido em sua parte medial nos dois lados. Extirpação pela técnica habitual. Os meniscos mediam 10 mm de espessura no lado direito e 8mm no lado esquerdo. Fechamento por planos. Joelheira gessada em ambos os lados.

6. Evolução:

O posoperatório imediato e tardio transcorreram normalmente. Após as 24 horas, a paciente iniciou os exercícios ativos de contração do quadriceps.

No quarto dia deixou o hospital em boas condições. Na segunda semana, iniciou a deambulação com um par de bengalas do tipo Canadense. Completadas três semanas de gessado, as joelheiras foram removidas. Cicatrização por primeira intensão. Fisioterapia e recuperação funcional por três semanas. Alta curada. Mobilidade ativa é completa e indolor em ambos os joelhos. Estação de pé e marcha normais.

7. Considerações:

Inicialmente queremos agradecer à nossa jovem paciente e seus bondosos pais que voluntariamente acederam em comparecer à secção científica do departamento de ortopedia e traumatologia da A.M.R.I.G.S. onde foi apresentada e prazeirosamente fez várias demonstrações do "snapping" em ambos os joelhos.

Posteriormente, mostrou grande motivação o que certamente muito contribuiu para a sua completa recuperação.

O menisco discóide lateral apresenta no paciente do sexo feminino maior incidência do que no masculino ao contrário dos meniscos mediais mais sujeitos a rupturas traumáticas e mais frequentes em pacientes do sexo masculino.

A variedade anatômica encontrada em ambos os joelhos, primitivo para Smillie ou completo para Ficat, obedecem a classificação descritas por estes autores, variedade que realmente traduz uma frequência de 2,2% (Smillie).

A ruptura encontrada também em ambos os meniscos está enquadrada no percentual de 66% de Smillie, justificando dessa maneira o aparecimento das dores e a modificação do quadro local (derrame).

A ocorrência do ressalto articular (snapping knee) em ambos os joelhos também é interessante considerar pois, se por um lado ele é patognomônico da variedade anatômica confirmada no achado operatório, é, no entanto, somente encontrado em um percentual res-

trito de casos unilaterais e muito menos ainda em bilaterais (Smillie).

É necessário ainda ressaltar o valioso auxílio do exame radiológico simples e contrastado na elaboração do diagnóstico clínico de certeza. Se, nas rupturas traumáticas do menisco medial, os sinais radiológicos são pobres, no entanto, ricos no menisco discóide lateral (fenda articular aumentada e modificável antes e depois do ressalto, hipoplasia do côndilo femural lateral e ascensão da epífise proximal do perônio).

A artrografia é, sem dúvida, o mais valioso auxílio na elaboração do diagnóstico. Tomadas, segundo Ficat, nas três incidências clássicas, nos darão inestimáveis dados para a segura interpretação do artrograma normal e patológico. Triade artrográfica do menisco discóide segundo Ficat: ausência do triângulo meniscal normal; duas imagens opacas e paralelas que se perdem na região espinocondiliana sem se juntarem e a repetição da mesma imagem nas demais incidências.

Ao terminar, cremos que esteja perfeitamente justificada a apresentação do presente caso de lesão bilateral rico em sinais clínicos e radiográficos que levaram a um diagnóstico clínico de certeza. O achado operatório confirmou o diagnóstico, identificou a variedade discóide (primitivo) e a complicação (ruptura) responsável pela sintomatologia dolorosa para, finalmente, devolver a paciente curada ao seio da família e as suas atividades normais de jovem e estudante.

8. Resumo:

Um caso de menisco discóide bilateral rompido e de localização lateral é relatado. Entre a rica gama de sinais clínicos, radiográficos e artrográficos encontrados chama atenção o autor pelo "snapping knee" audível, visível e palpável que motivou a sua apresentação ao vivo e relato.

Descreve o ato operatório realizado pela técnica habitual que identificou a variedade discóide primitiva e evidenciou a ruptura encontrada. Descreve a evolução favorável e termina fazendo considerações sobre a rara variedade relatada que justificaram a sua apresentação.

9. Revisão bibliográfica:

- Ficat, Paul "L'arthrographie opaque du genou." Masson Editeurs. Paris 1957.
- Jeannopoulos, Constantine L. "Observations on discoid menisci". J. Bone and Joint Surgery. Vol. 23A. July 1950.
- Mercer W. — Duthie R. "Orthopaedic Surgery" E. Arnold publishers. London 1964.
- Smillie I. S. "The congenital discoid meniscus" J. Bone and Joint Surgery Vol. 30B November 1948.
- Smillie I. S. "Injuries of the Knee joint" Livingstone publishers. Edinburgh 1962.
- Speed J. S. — Knight R. A. "Campbell's operative orthopaedics" Mosby Co. St. Louis 1956.

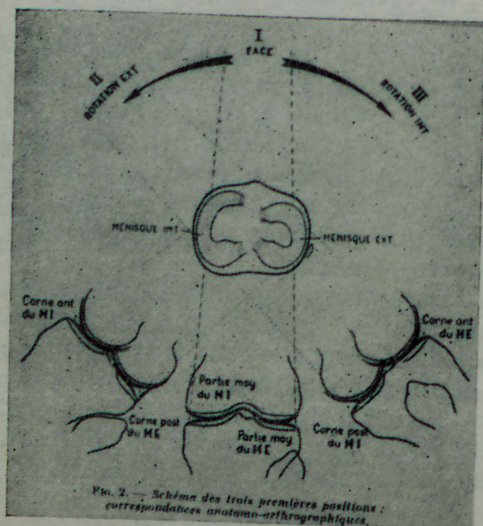


Fig. 1 — Artrografia do joelho. As três primeiras posições. Imagens correspondentes.

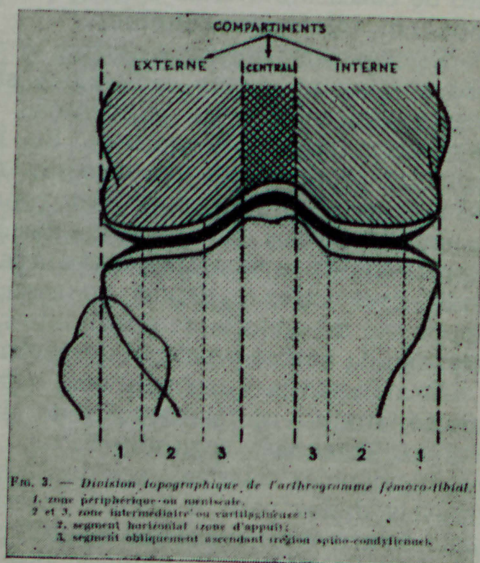


Fig. 2 — Artrograma normal. Divisão topográfica.

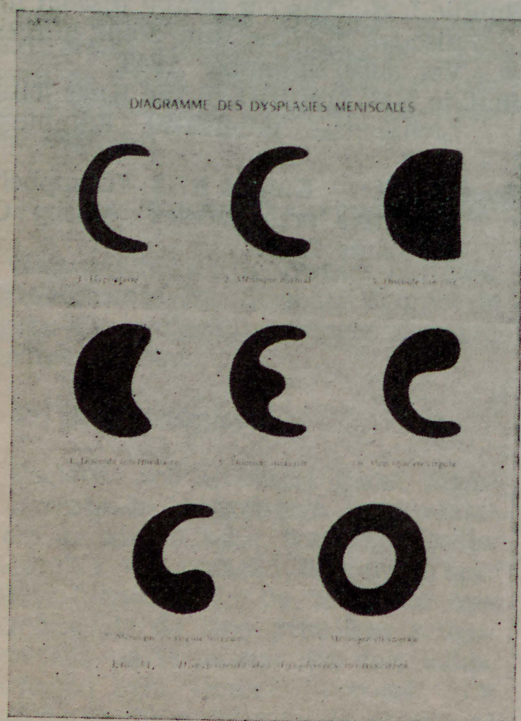


Fig. 3 — Diagrama das variedades de displasia meniscal.

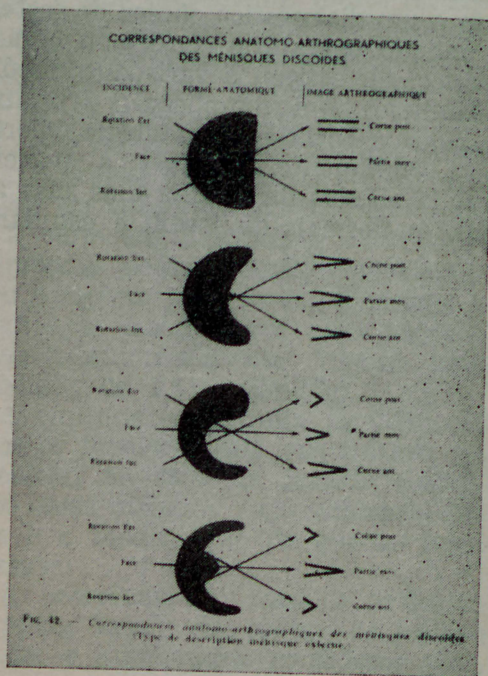


Fig. 4 — Imagens artrográficas dos meniscos discóides em quatro variedades anatómicas.



Fig. 5 — Joelho direito e esquerdo. Radiografia simples, incidência de face. Nítido aumento da interlinha articular lateral em ambos os lados.

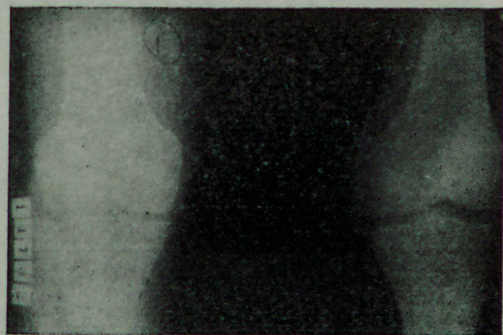


Fig. 6 — Joelho direito e esquerdo. Radiografia simples. Incidência de face. Extensão completa após o ressalto. Diminuição do aumento da interlinha lateral.

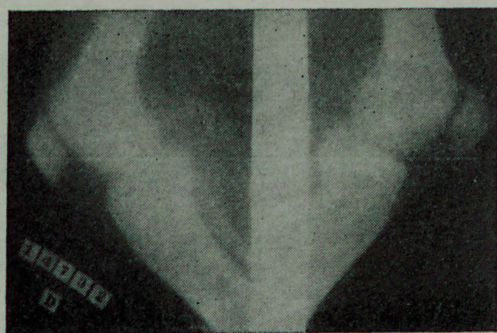


Fig. 7 — Joelho direito e esquerdo. Radiografia simples. Incidência de face.

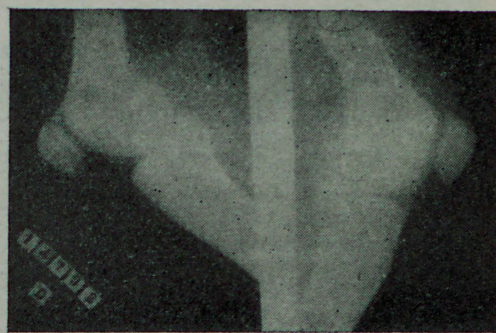


Fig. 8 — Joelho direito e esquerdo. Radiografia simples. Incidência de face. Extensão completa após o ressalto.

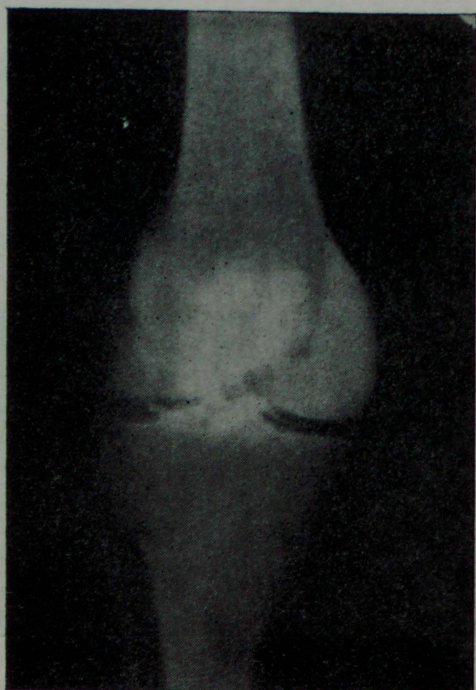


Fig. 9 — Joelho direito. Artrografia. Incidência de face. Imagem de menisco discóide.

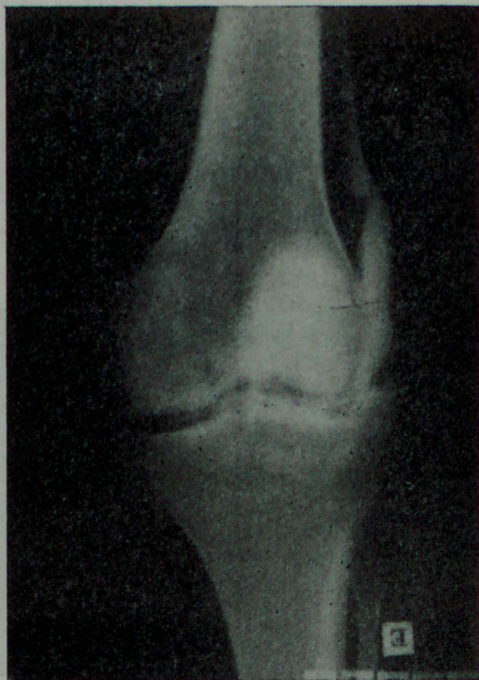


Fig. 10 — Joelho esquerdo. Artrografia. Incidência de face. Imagem de menisco discóide.



Fig. 11 — Joelho direito. Artrografia. Incidência de face em extensão completa após o ressalto. Imagem de menisco discóide rompido.

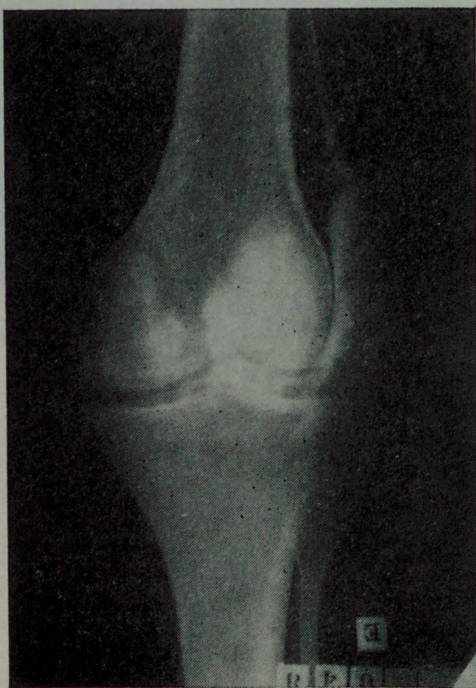


Fig. 12 — Joelho esquerdo. Artrografia. Incidência de face em extensão completa após o ressalto. Imagem de menisco discóide rompido.

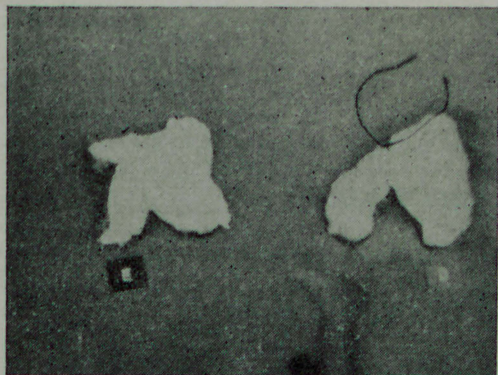


Fig. 13 — Meniscos discóides extraídos. Ruptura nítida em ambos os lados.

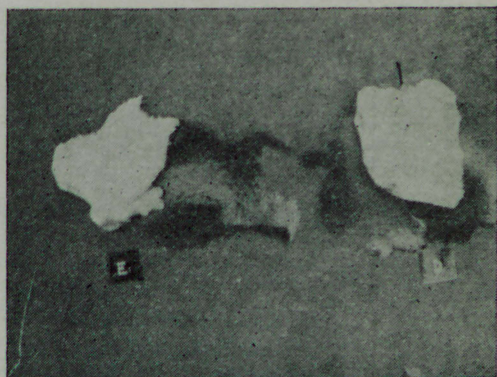


Fig. 14 — Outra incidência dos meniscos discóide extraídos.

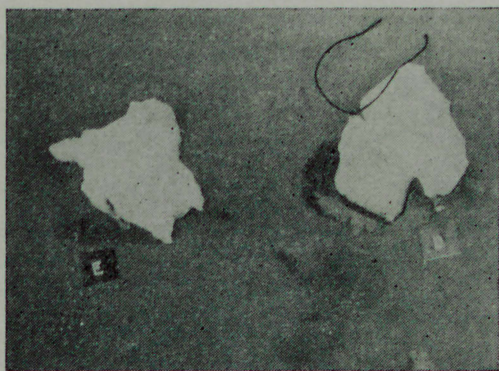


Fig. 15 — Meniscos discóides extraídos fotografados de outro ângulo. Rupturas visíveis.

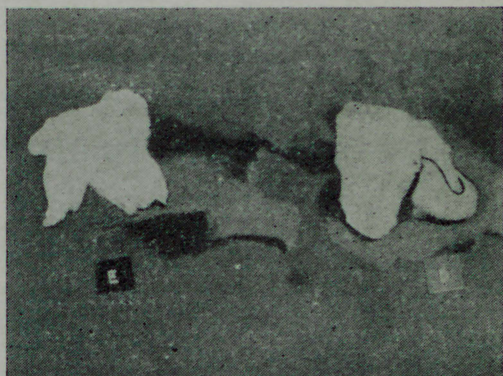


Fig. 16 — Meniscos discóides extraídos. Rupturas vistas de outro ângulo.